Nr 26. Kraków, 30. czerwca 1917. Rok LVI.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. $4^1/_2$ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 30. czerwca 1917. Nr 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Ze szpitala garnizonowego w Krakowie.
(Komendant starszy lekarz sztabowy Dr Dąbrowski).

Zranienia wojenne oczu i wskazania chirurgiczne przy leczeniu

podał

Dr Henryk Birnbaum.

Zranienia oczu nie są częstsze, niżby to wynikało ze stosunku ich eksponowanej powierzchni do powierzchni całego ciała; tem fatalniejsze są skutki, a znaczenie ich jest tyle razy ważniejsze, ile razy oko przewyższa ważnością swoją inne części ciała.

Czy każde oko zranione jest stracone?

Ze statystyki, zebranej na materyale w szpitalu garnizonowym w Krakowie, która zresztą nie może być zupełnie ścisłą, gdyż chorzy przyjmowani są tu tylko przejściowo, wynika, że u przeszło 30% oko ranne jest albo zdruzgotane, albo musi być później usunięte, a około 85% ze wszystkich ranionych w oczy traci widzenie jakościowe w większym lub mniejszym stopniu. Jeżeli nie uwzględnimy pocisków, trafiających samo oko, a druzgocących ten delikatny narząd, to można powiedzieć, że prawie wszystkie pociski, które nie są szczególnie lekkie i szczególnie małe i które uderzają w blizkie sąsiedztwo oka, już nie w samo oko, wywołują ekspulsywny krwotok we wnętrzu oka. Krwotoki takie są szkodą nie do naprawienia, gdyż się nie wsysają, ale organizują, a w najlepszym razie, gdy nie są zbyt wielkie, wywołują bujanie tkanki łącznej na miejscu czułej siatkówki (retinitis proliferans), a więc zmiany, które czynią siatkówkę niezdolną do odbierania wrażeń świetlnych.

Gdy tylko 10—15% rannych w oko, jak wynika ze statystyki, zachowuje widzenie jakościowe, t. j. możność rozróżniania wrażeń świetlnych, to widzenie ilościowe, czyli poczucie światła zachowuje już większy odsetek rannych, a w wielu przypadkach zupełnej utraty wzroku da się oko anatomo-morfologicznie utrzymać.

Ten napozór tylko kosmetyczny zysk ma jednak ogromne znaczenie.

Ażeby to zrozumieć, warto przypomnieć, że wcale nie tak mało ludzi demaskuje się dopiero w pokoju ordynacyjnym lekarza ku ich własnemu nieraz zdziwieniu, jako patrzący na świat jednem tylko okiem, gdy drugie ma wszystkie z właściwości oka prócz najważniejszej, t. j. widzenia. A jednak ludziom tym ani na chwilę nie przychodzi na myśl uważać się za upośledzonych, a tem mniej czyni to ich otoczenie.

Podobnie utrata widzenia na jednem oku bez straty oka samego, o ile jest wynikiem jakiejś choroby wewnątrz oka, jak krwotok lub zator i t. p., jest wprawdzie urazem psychicznym, ale ludzie zresztą zdrowi i zrównoważeni przechodzą nad tem po jakimś czasie do porządku dziennego.

Zupełnie inną rzeczą jest utracić oko, t. zn. gałkę oczną i być uważanym za jednookiego. Jest to katastrofa, która wyciska piętno, niełatwo dające się mimo pięknych protez przysłonić.

Wychodząc z założenia, że lwia część wszystkich zranień oka kończy się utratą jego czynności, można powiedzieć, że najważniejszem zadaniem chirurgii ocznej jest utrzymanie oka, t. z. gałki ocznej, pod względem anatomo-morfologicznym, nawet gdy musimy zrezygnować z utrzymania czynności oka. Że to zadanie nie jest wcale łatwe ani proste, uzna każdy, kto sobie uprzytomni beznadziejność wszelkich zakażeń wnętrza oka i zapaleń współczulnych i wreszcie wielką odpowiedzialność lekarza, który ma rozstrzygnąć o usunięciu lub zostawieniu oka.

Zadaniem naszem jest sprowadzić ilość koniecznych enukleacyi do minimum; znaczy to innemi słowy zmniejszyć ilość zakażeń.

Pomijając cały szereg przypadków, gdzie nie jest w naszej mocy oko uchronić od zakażenia, jak przy zanieczyszczonych ciałach obcych, drążących w głąb, mamy inne przypadki, gdzie przez wczesne zamykanie ran zakażenie uchylić można. Mam tu na myśli zranienia gałki ocznej, przy których powstaje rana drążąca przez powłoki do komory przedniej, względnie do ciałka szklistego nawet z częściowem jego wypadnięciem. Obraz po zranieniu może być rozmaity, począwszy od szerokiego otworu, z którego wyziera ciałko szkliste aż do punkcikowatej czerwonej plamki, poza którą nic nie widać.

Rana otwarta jest czynnikiem, sprzyjającym zakażeniu, gdyż i ciałko szkliste i tęczówka i komora przednia są bardzo dobrem podłożem dla wszelkiego rodzaju bakteryi. Najlepszą obroną przed zakażeniem oka jest jaknajszybsze zasklepienie rany; rokowania zaś istniejącego już zakażenia przez to się nie pogarsza.

Zasada jaknajszybszego zamykania rany, która dla każdego okulisty jest niewątpliwą, bywa w dziwny sposób lekceważona przy zranieniach wojennych oczu, właśnie przy tych zranieniach, przy których lekki zabieg wystarczyłby, aby usunąć niebezpieczeństwo zakażenia. Bierność w takich przypadkach tłómaczy się przesadnym strachem przed ciałem obcem we wnętrzu oka. Ale jeżeli gdzie, to właśnie przy zranieniach ocznych i w czasie wojny jest to wielkim błędem. Zasada: ciało obce należy za wszelką cenę usunąć z oka, jest — jeżeli zastanowimy się nad niezbędnymi środkami pomocniczymi — przy obecnych warunkach najczęściej »pium desiderium«. Ciałem obcem nie zawsze jest żelazo; magnes zatem, który wyjątkowo tylko się znajdzie w szpitalu improwizowanym, także nie wiele pomoże. Wydobycie zaś innego rodzaju ciała obcego jest rzeczywiście rzeczą nie łatwą, jeżeli nie można określić dokładnie jego siedziby. Rentgenologia oka jest dopiero w zaczątkach, a technikę jej posiada niewielu.

Jest zatem optymizmem nie do wybaczenia, jeżeli wy-

syła się takiego chorego z raną otwartą w głąb kraju w tej myśli, że tam się znajdzie sposób usunięcia ciała obcego i uratowania oka. W rzeczywistości, kiedy chorzy ci dostają się w 15—20 dni po zranieniu w głąb kraju, są oni w takim stanie, że nie pozostaje nic innego, jak pospieszyć się z enukleacyą, a to tylko nieraz dlatego, że pozostawiono ranę otwartą jej losowi.

Nie mówiąc o przypadkach, w których tylko się przypuszcza obecność ciała obcego w oku, sądzę, że zamknięcie ran nie jest rzeczą przeciwwskazaną także i wtedy, gdy się jest pewnym takiego ciała w oku, którego jednak w danej chwili z jakichkolwiek powodów usunąć nie można. Przeciwnie jest zamknięcie rany wskazane nawet wtedy, jeżeli nawet można odsyłać takich chorych do wielkich klinik, gdzie zawsze jeszcze można ranę na nowo otworzyć, jeżeli to jest potrzebne do wyjęcia obcego ciała; co przy aseptycznych kautelach jest zawsze mniej niebezpieczne, niż zostawianie przez szereg dni otwartej rany.

Wobec ran w obrębie rogówki inaczej postępujemy niż wobec ran twardówki. Wobec rany twardówki postępujemy w sposób bardzo prosty. Odpreparowawszy w okolicy rany spojówkę od twardówki i obciąwszy wypadłą część ciałka szklistego (o ile ono wypadło), zeszywa się najpierw twardówkę, a nad nią spojówkę. To wszystko wykonuje się oczywiście w narkozie, gdyż pierwszym odruchem chorego przy każdej operacyi oka jest ściskanie powiek, a przy otwartej ranie w twardówce wyciska sobie chory w ten sposób ciałko szkliste.

O wiele jednak częstsze są rany rogówkowe z następstwami, t. zn. z wypadnięciem. Wprawdzie rany te mają skłonność do samorodnego zamykania się i niebezpieczeństwo zakażenia jest tu mniejsze, aniżeli przy ranach twardówki; istnieje ono jednak w każdym razie, zwłaszcza przy wypadnięciu tęczówki.

Nawet w przypadkach pomyślnych, gdy podrażnienie oka mija bez zakażenia, widzimy nieraz z początkowo gładkiej, w bliznę wrośniętej tęczówki tworzące się kosmetycznie nader szpecące garbiaki, jako następstwo lub jako przyczynę jaskry. Dlatego wobec wszystkich ran rogówki, o ile są dość świeże, stosujemy plastykę spojówkową (zwaną Kuhntowską). Przekonałem się, że plastyka spojówkowa w zastosowaniu do przypadków wojennych, które jeżeli nie jakościowo, to w każdym razie ilościowo bardzo się różnią od czasów pokojowych, jest jedynym szybkim środkiem wiodącym do zblednięcia oka, o ile niema innych przyczyn, podtrzymujących jego podrażnienie.

Dla przypomnienia podaję pokrótce technikę tego zabiegu. Otóż przecinamy spojówkę w miejscu, gdzie ona przechodzi w rąbek (limbus) w obrębie półkola i odpreparowujemy ją od twardówki, idąc ku obwodowi, przez co powstaje kieszeń spojówkowa. Przeciąwszy spojówkę u dna kieszonki, uzyskujemy most spojówkowy, który nićmi podwójnie uzbrojonemi ściągamy ku ranie, aby ją nakrywał i po przeciwległej stronie przymocowujemy do spojówki. Wypadnięcie tęczówki przed nakryciem rany usuwamy przez odcięcie. Spojówka przyrasta w miejscu, gdzie styka się z raną rogówki, reszta zostaje luźna; to też po kilku dniach usuwamy nitki, luźna spojówka cofa się, tworząc obraz podobny do skrzydlika (pterygium). Okolica coraz bardziej blednie, a po dłuższym czasie mamy przed sobą cienką bliznę rogówkową, którą trudno odróżnić od blizny innego pochodzenia. Blizna ta jest jednak dość silną, aby się oprzeć zwyczajnemu ciśnieniu śródocznemu, a chroni w zupełności od zakażenia.

Jak zachować się wobec oka, w którem przypuszczamy obecność obcego ciała, zwłaszcza jeżeli z jakiegokolwiek powodu nie możemy sprawdzić tego przypuszczenia, lub nie moglibyśmy usunąć ciała obcego? Sądzę, że i wtedy warto i należy ranę zaszyć lub pokryć spojówką i w dalszym ciągu oko obserwować, a dopiero, gdyby wystąpiło wskazanie do enukleacyi, oko usunąć.

Ze szpitala rezerwowego Galicyjskiego Czerwonego Krzyża we Lwowie (Pawilon II).

Siedemset ran postrzałowych.

Opisał

M. W. Herman.

(Dokończenie).

Uszkodzeń nerwów obwodowych widziałem niewiele, i to więcej na kończynach górnych. Przypominam sobie kilka przypadków zupełnego porażenia (monoplegia) kończyny górnej po postrzale dołu nadobojczykowego. Częściej porażony był jeden tylko nerw, zwłaszcza promieniowy.

Parę razy podziwiałem wielką wytrzymałość nerwu kulszowego. Po postrzałach pociskami wybuchowymi górnej $^1/_3$ uda z przodu w tył, wylot postrzału przedstawiał się jako duża jama, której środkiem przebiegał nieuszkodzony nerw kulszowy. Nie mogliśmy rannych z uszkodzonymi nerwami, jako nadających się do transportu, tak długo przetrzymywać, aby nabrać należytego wyobrażenia o rodzaju uszkodzenia i o ewentualnej skuteczności szwu. Jedynie z owych wrzecionowatych blizn, rozdymających na krótkiej przestrzeni pień nerwu i przywracających jego fizyczną ciągłość, bez przywrócenia jednak czynności wnoszę, że ci, którzy do zespojenia nerwu używają cew, choćby organicznych (n. p. żył) i wypełnionych agarem, chyba nie doczekają się pomyślnego wyniku.

Gdzie bezpośrednie zeszycie kikutów przerwanego nerwu jest niewykonalne, tam ponoś plastyka kawałkiem ludzkiego nerwu daje najlepsze wyniki (A. Bethe)[8].

Równie pobieżnie naszkicuję teraz obrażenia postrzałowe tułowia.

»O ranach postrzałowych czaszki i mózgu« miałem sposobność pisać niedawno[9]), więc nie chcę się powtarzać.

Wobec beznadziejnych 11 postrzałów rdzenia z całkowitem porażeniem poprzecznem, stałem zupełnie bezradny. Między nimi było parę z wygojoną już doraźnie laminektomią, wykonaną w szpitalu polowym, lecz z taką samą paraplegią, jak i u nieoperowanych, i z takiemi samemi głębokiemi odleżynami septycznemi.

Przygodnie spostrzegałem ślepy postrzał karku ze zwykłymi objawami poraźnymi. Wbrew przewidywaniu objawy poraźne powoli, w ciągu miesięcy, ustępowały i w końcu pozostał tylko połowiczy niedowład, który ranionemu nie przeszkadzał w swobodnych ruchach.

Z 34 postrzałów twarzy tylko 9 było ciężko zakażonych, w tem zaś aż 7 postrzałów żuchwy. Z tej grupy umarł tylko jeden chory z powodu krwotoku (strzaskanie szczęki).

Z postrzałów żuchwy na szczególniejszą uwagę zasługuje następujący przypadek. Skutkiem bliskiego postrzału, najprawdopodobniej pociskiem dum-dum, cały trzon żuchwy uległ poprostu zgruchotaniu a jeden policzek poszarpaniu. Bródka z podbródkiem i częścią policzka zwisała na klatkę piersiową, odsłaniając ziejące gardło. Chorego odżywialiśmy zgłębnikiem, póki nie oddzieliły się obumarłe strzępy mocno zanieczyszczonej rany. Gdy się to stało, zeszyłem dokładnie części miękkie. O jakiejkolwiek protezie dentystycznej nie mogłem w owym czasie ani

---

[8]) Deutsche med. Wochenschrift 1916, Nr 42 i 43.

[9]) Przegl. lek. 1916, Nr 17.

marzyć. Tymczasem, wbrew oczekiwaniom, z zachowanych strzępów okostnej i okruchów żuchwy odtworzyło się tyle tkanki kostnej, że nietylko utrzymał się jaki taki profil, ale także wróciła całkowita sprawność języka, chory mówił i odżywiał się zupełnie prawidłowo.

Postrzałów szyi spostrzegałem 15. Czternastu wyzdrowiało, między nimi trzech z dużą dysfagią. Jeden z przestrzeloną krtanią, przywieziony w okresie wielkiej duszności w kilka dni po tracheotomii umarł wśród objawów septycznych.

Z 32 chorych z ranami powierzchownemi ścian klatki piersiowej umarł 1 ze strzaskaniem łopatki (sepsis).

W 47 przypadkach stwierdziliśmy ranę przenikającą klatki piersiowej i postrzał płuc. Z objawów typowych. krwioplucie trzymało się granic zawsze bardzo umiarkowanych (raz tylko widziałem śmiertelny krwotok płucny w jednym przypadku rany kłutej klatki piersiowej); krwotok i odma opłucnowa nigdy nie przybierały groźnych rozmiarów i stosunkowo szybko ulegały wessaniu (w jednym tylko przypadku, gdzie wylew krwawy sięgał wyżej grzebienia łopatki, na całkowite wessanie wylanej krwi, trzeba było czekać kilka miesięcy); odma podskórna zwykle nie przekraczała granic zranionej połowy klatki piersiowej (raz tylko, bez szkody dla ranionego, rozszerzyła się na całą powierzchnię ciała, gdyż charakterystyczne trzeszczenie stwierdzaliśmy nawet na grzbiecie stóp)

Gdyby dalsza obserwacya nie stwierdziła, że przeszło 25% tych zranień uległo zakażeniu pod postacią ropniaka opłucnej, to obrażenia te uchodzićby mogły rzeczywiście za tak łagodne, za jakie je swego czasu m. i. Küttner przedstawiał. Tymczasem z tych zakażonych chorych przeszło połowa umarła mimo wycięcia żebra i dokładnego wypłukania opłucnej.

Ta duża stosunkowo śmiertelność zakażonych postrzałów płuc, jak niemniej fakt, stwierdzony przez Sauerbrucha (l. c.), że na pewnem polu bitwy 30% poległych miało przestrzeloną klatkę piersiową, stawia te obrażenia we właściwem świetle.

Już dziś powszechnie złej sławy zażywają postrzały klatki piersiowej z szeroko otwartą odmą opłucną i postrzały niskie, połączone z przestrzałem przepony i trzew podprzeponowych.

Zdemaskowane zostały w tej wojnie także przenikające postrzały brzucha. Chirurdzy, zasuggestyonowani literaturą, jak się dziś okazuje, niedość krytycznie zbieraną w tylnych formacyach sanitarnych, z założonemi rękami przypatrywali się, jak conajmniej 95% żołnierzy z poszarpanemi przez pocisk jelitami »wśród leczenia zachowawczego« umierało. I jakkolwiek już w pierwszych miesiącach wojny Enderlen, Sauerbruch, Kraske i niektórzy inni (z tej strony frontu), zrozumieli całą zgubność tego nihilizmu chirurgicznego i energicznie nawoływali do czynnego i wczesnego wkraczania, to jednak... »noch auf dem Chirurgenkongress im April 1915 traten gewichtige Stimmen gegen die operative Behandlung der Bauchschüsse auf« (Sauerbruch l. c.).

Nie łatwo bowiem zmienia się latami i z różnych stron przekonania wpajane (zwłaszcza, gdy na ich korzyść przemawiać się zdają przypadkowe spostrzeżenia). Przypadek bowiem zdarzył, że w pierwszych dniach po otwarciu oddziału przywieziono mi dwóch rannych z przenikającymi przestrzałami brzucha. U jednego dominującym objawem był krwiomocz, u drugiego bardzo wybitne znamiona rozlanego zapalenia otrzewnej. Obaj wyzdrowieli — bez czynnej interwencyi z mej strony, jakkolwiek drugi, wbrew przestrogom, doszczętnie opróżniał w ciągu nocy z topiącego się lodu duży worek gumowy, położony mu na brzuchu. I byłbym się wskutek tych spostrzeżeń utwierdził w bezwzględnym konserwatyzmie w stosunku do postrzałów brzucha, gdyby nie dalsze dwa spostrzeżenia. W tych nad wszystkimi innymi przeważały objawy krwotoku wewnętrznego, co nakłoniło mię do laparotomii. Otworzywszy otrzewną, znalazłem obok miernej ilości wylanej krwi, takie uszkodzenie jelit, które wykluczało niemal możność samowyleczenia. Pocisk bowiem poprzerywał poprzecznie pętlę jelita w paru miejscach. Wystarczało między jedną a drugą raną podwiązać krezkę, aby ukończyć resekcyę, rozpoczętą niejako przez pocisk. Podobnie wielkie i postrzępione rany postrzałowe w jelitach widzieli wszyscy chirurdzy wogóle.

Uszkodzenia bywają często tak rozległe i nieregularne, że niema mowy o szyciu każdego postrzału z osobna. Nie pozostaje nic innego, jak odpowiednią część jelita wyciąć. A zdarzają się przypadki takiego spustoszenia w jamie brzusznej, że i najwprawniejszy chirurg poprzestać musi na laparotomii próbnej.

Już chyba legendą są więc owe drobne otwory postrzałowe w ścianach jelit, które miał, szczelnie jak korek, zatykać wypadający czop śluzówki, a w które jeszcze po wojnach bałkańskich wierzyliśmy.

Z przedartej poprzecznie pętli jelita, jak z odbytu sztucznego, wylewa się bez przeszkody cała jej treść do jamy otrzewnej i zakaża ją. Jeżeli mimo takie zmiany ten i ów z ranionych nie zaraz umiera, to już tylko niezwykle szczęśliwy przypadek, który nie może wpływać na postępowanie lekarskie, tak jak nie mogą wpływać na nie równie rzadkie zdarzenia przesunięcia się pocisku przez jamę brzuszną bez uszkodzenia jelit.

Oto odpowiednie przykłady z naszej kazuistyki.

a) Postrzał lewej okolicy lędźwiowej przed 12 godzinami. Pocisk szrapnelowy w powłokach brzusznych poniżej łuku żebrowego w linii sutkowej. Objawy zapalenia otrzewnej (głównie wymioty). Laparotomia. Rana szarpana dolnego brzegu przewlekle obrzękłej śledziony (krwawienie małe!); szerokie otwory w sieci wielkiej i małej. Mimo bardzo dokładne przeszukiwanie nie znaleziono rany ani w żołądku, ani w jelitach, ani w kiszce, nie znaleziono także ani śladu treści pokarmowej w otrzewnej. Tampon w okolicę śledziony. Po operacyi objawy zapalenia otrzewnej postępują. Trzeciego dnia po operacyi chory umarł. Najprawdopodobniej chodziło o pierwotne zakażenie otrzewnej pociskiem.

b) X. X. raniony przed paroma tygodniami. Wlot postrzału powyżej i na prawo od pępka, wylot ponad lewym kolcem biodrowym. Znaczne wychudnienie. Z obu niewygojonych ran postrzałowych (dziś już przetok) leje się obficie płynny kał z wyraźnemi resztkami niestrawionych pokarmów. Mimo obfite odżywianie i podskórne wlewanie fizyologicznego odczynu NaCl, stan ogólny raczej pogarsza się. Rozpoznanie: odbyt nieprawidłowy na wysokiej pętli, grożące wyniszczenie. Bardzo niechętnie przystąpiłem do operacyi. Stosunki anatomiczne w otrzewnej tak się ukształtowały, że wszystkie pętle jelitowe zlepione i pokryte zostały jakgdyby jedną błoną bliznowatą, na której ziało sześć otworów, trzy razy poprzecznie przerwanego jelita czczego. Błona ta stanowiła tylną ścianę płaskiego ropnia, którego przednią ścianą były powłoki brzuszne. W kilka godzin po żmudnej i trudnej w tych warunkach resekcyi jelita — chory w zapadzie umarł.

Wogóle laparotomie w późnym okresie postrzałów brzucha są u tych wybrańców losu równie niebezpieczne, jak i trudne (Pribram [10]).

Wszystko więc zachęca do jaknajwcześniejszej laparotomii, o ile możności w pierwszych sześciu godzinach po zranieniu. Brak aseptycznej sali operacyjnej nie może mieć najmniejszego wpływu na wskazania lekarskie. W tym początkowym okresie drążących postrzałów brzucha postanowienie operacyi zależeć powinno tylko od ogólnego stanu ranionego. Prawie 50% ranionych w brzuch znajduje się w takim zapadzie, że najmniejszy zabieg staje się niewykonalny (Oberst [11]). Z operowanych zaś zdrowieje od 20% (Oberst l. c.) do 44·4% (Sauerbruch l. c.), w najgorszym zatem razie przynajmniej cztery razy tyle, co przy leczeniu nieoperacyjnem.

---

[10]) Wiener klin. Wochenschr. 1917, Nr 1.

[11]) Münchener med. Wochenschr. 1916, Nr 48.

Mimo jednak całą, a raczej jedyną racyonalność wczesnej laparotomii, nie zawsze i nie wszędzie zasada ta da się przeprowadzić. Skutkiem tego pewna liczba ranionych w brzuch, nieoperowanych, dostaje się do szpitali stałych. Tu, o ile rozpoznamy uszkodzenia trzew, stajemy przed trudnem zadaniem, wybrania najodpowiedniejszego sposobu leczenia. O możności wzgl. konieczności laparatomii w okresie późniejszym zranień brzucha rozstrzyga już nietylko sam fakt uszkodzenia jelita i stan ogólny ranionego, jak w przypadkach świeżych, lecz także jakość rozwijających się następowych zmian na otrzewnej. Zmiany te bowiem tak się układać mogą, że widoki wyzdrowienia ranionego bez operacyi wydawać się mogą lepsze. W późniejszych zatem okresach postrzałów brzucha trzeba indywidualizować wedle ogólnie znanych zasad chirurgicznych.

Zestawieniem tem objąłem 26 postrzałów brzucha. Dziś z rubryki tej wykreślić muszę 10 przypadków. Chodziło bowiem najprawdopodobniej o zranienie powłok brzusznych, za czem przemawia zupełnie gładki przebieg i brak jakichkolwiek objawów zapalenia otrzewnej przez cały czas obserwacyi. Wszyscy ci ranni wyzdrowieli. W 16 przypadkach miałem przed sobą niewątpliwie postrzały przenikające. Z tych wyzdrowiało 8. Między tymi zaś dwa spostrzeżenia zasługują na opisanie.

c) Szeregowiec X. Przed kilkoma miesiącami raniony w twarz. Wygoił się w krótkim czasie. Od kilkunastu dni znów w szpitalu z powodu balano-postitis. Tu zaczął uskarżać się na bóle w prawym dole biodrowym i gorączkować. Stwierdzono wyraźny wysięk w okolicy kątnicy i z rozpoznaniem ropnia okołowyrostkowego odesłano chorego do mego pawilonu. Następnego dnia otwarłem ropień, a w ropie znalazłem stożkowaty pocisk karabinowy. Wobec tej niespodzianki wyrostka robaczkowego nie szukałem. Operowany łatwo wyzdrowiał. Wypytywany po operacyi szczegółowo, twierdził stanowczo, że raz tylko był raniony. Po tem zranieniu pozostały blizny na lewym policzku, na podbródku przy prawej połowie trzonu żuchwy i ponad prawym obojczykiem. Tu pocisk wszedł do klatki piersiowej, przeszedł prostopadle przez prawe płuco, przeponę i wątrobę i zesunął się między jelita. Ścian jelita najprawdopodobniej nigdzie nie zranił. Chory uważany był zawsze za lekko rannego. Pocisk najprawdopodobniej otorbiony został w okolicy kątnicy i tu leżał bez objawów, póki nie wywołał odleżyny na ścianie jelita, odleżyna zaś wywołała ropień koło pocisku. Odleżyna objawiła się po operacyi jako szybko przemijająca przetoka kałowa.

Bardziej zagadkowym i do dziś nie wyjaśnionym pozostał dla mnie przypadek drugi:

d) Oficer Y., raniony przed dwoma dniami. Wlot na dwa palce poniżej prawego łuku żebrowego w linii sutkowej. Pocisk stożkowaty tkwi pod skórą w okolicy lędźwiowej, skąd go z łatwością wyjęto. Żadnych objawów ze strony jamy brzusznej. Mimo to ciepłota podniesiona (do 38^0). W następujących dniach objawy wysięku w opłucnej prawej, z dnia na dzień zwiększającego się, wśród zupełnie dobrego stanu ogólnego. Gdy po tygodniowej obserwacyi wysięk doszedł prawie do obojczyka, po próbnem nakłuciu aspirowałem około 2 litrów czystej żółci. Przez kilka następnych dni płynu w opłucnej nie przybywało. Skutkiem przesunięcia frontu ranny musiał być odesłany, — zresztą w najlepszym stanie ogólnym.

Z obserwacyi pozostałych rannych zauważyłem, że najwięcej widoków wyzdrowienia bez operacyi mają chorzy z postrzałami stycznymi zgięcia wątrobnego i bocznych (zewnętrznych) ścian okrężnicy wstępującej i zstępującej.

Do bardzo ciężkich obrażeń należą postrzały miednicy, rozumie się z powodu równoczesnych uszkodzeń trzew w niej zawartych i zakażenia, stąd przenoszącego się na strzaskane kości. Z 10 rannych mimo bardzo rozległe operacye wyzdrowiało zaledwie trzech.

Osobną grupę stanowi 11 postrzałów pęcherza i części płciowych, zawsze połączonych z uszkodzeniem miednicy. Z tych wyzdrowiało 5. Ranieni w okolicę szyjki pęcherza i cewkę moczową przybywali do nas zwykle już z cystostomią, wykonaną w szpitalu polowym z powodu zatrzymania moczu. A że w czasie transportu dren, mający odprowadzać mocz z pęcherza, z tej lub owej przyczyny stawał się niedrożny, mocz przedostawał się w otaczającą tkankę łączną.

Zwykle uretrotomia zewnętrzna i osączkowanie pęcherza od dołu, u nas wykonane, nie mogło już opanować zakażenia septycznego, wywołanego zaciekiem moczowym.

Na zakończenie, w miejsce wniosków, poprzestanę na przytoczeniu ogólnych cyfr. Z rannych, objętych tem zestawieniem, zmarło 15·5%, a 7·2% opuściło szpital kalekami. Aby pojąć właściwą mowę tych cyfr, trzeba pamiętać, że zebrałem je w szpitalu rezerwowym, a zatem conajmniej na trzeciej linii sanitarnej. Odpowiednie cyfry z linii bliższych frontu — wypadłyby chyba jaskrawiej. Takie jednak, jak je tu podałem, dostatecznie dowodzą całej grozy współczesnych ran postrzałowych.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Posiedzenie 14. marca 1917 w klinice okulistycznej.

Przewodniczy prezes Ciechanowski. Obecnych członków 35.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokołu przyjęto na członków jednomyślnie kolegów: Birnbauma i Szancenbacha.

2) Kol. lekarz sztabowy Dr Scharf przedstawił dwóch chorych:

a) **Zupełne porażenie połowicze** prawej połowy ciała, głównie z udziałem dróg piramidalnych oraz zdziecinnienie, przytem myotoniczne objawy w obu rękach i przeczulica porażonej połowy ciała u żołnierza 21-letniego. Objawy te powstały wskutek zatrucia tlenkiem węgla w listopadzie 1916.

b) **Porażenie zupełne prawego nerwu okoruchowego** z cykliczną nieprawidłową innerwacyą gałązek wewnętrznych. Objawy; rytmiczne okresowe zwężanie się i rozszerzanie źrenicy. Rozszerzenie trwa od 1½ do 2 minut, zwężenie około 30 sekund. Zwężanie się wśród wielu wahań źrenicy trwa około 30 sekund. Maksymalne rozszerzenie 10 mm., zwężenie 3 mm. Przy tem porażenie zwieracza tęczówki i mięśnia rzęskowego na wszelkie fizyologiczne bodźce, n. p. oświetlenie akomodacyę, konwergencyę, natomiast impulsy woli, skierowane, ku mięśniom zewnętrznym oka, więc chęć zwrócenia oka w stronę porażonych mięśni zewnętrznych, mogą wywołać oddziaływanie źrenicy.

Przyczyny zjawiska szukać należy w przebytej sprawie zapalnej pnia nerwu okoruchowego, poczem nastąpiła regeneracya w ten sposób, że od kikuta centralnego wyrosły cylindry osiowe ku odcinkowi obwodowemu, łącząc się jednak fałszywie, t. j. wiązki zewnętrzne odcinka centralnego z wiązkami wewnętrznemi odcinka zewnętrznego (Lipschütz). Wskutek tego impulsy, wysyłane ku mięśniom zewnętrznym gałki ocznej, przechodzą nie do dotyczących mięśni, lecz do mięśni wewnętrznych oka, wywołujących zwężanie się i rozszerzanie źrenicy. Automatyzm i rytmiczność zjawiska należy tłómaczyć według Fröhlicha rytmicznem oddziaływaniem każdej żyjącej substancyi na podniety zewnętrzne, tem więcej, im powolniejsze jest przewodzenie podniet i sumowanie się ich wskutek zniszczenia, względnie niezupełnej i fałszywej regeneracyi nerwów. (Autoreferat).

W dyskusyi zabierali głos: a) Kol. prof. Majewski: Pierwszy podobny przypadek opisał Rampoldi w r. 1884. Chodziło w jego przypadku również o wrodzone lub w najwcześniejszej młodości nabyte porażenie całkowite nerwu okoruchowego, jednak obustronne. Zjawisko rytmiczne, które występuje u naszego chorego na jednem oku, występowało u chorego Rampoldiego na obu oczach, lecz nie równocześnie, tylko kolejno; gdy na oku pr. powieka podnosiła się, a źrenica zwężała, równocześnie na oku l. powieka opadała, a źrenica rozszerzała się itd. wciąż naprzemian. W naszym przypadku równocześnie ze skur-

czem źrenicy istnieje rytmiczny skurcz akomodacyi. Objaw podnoszenia się powieki górnej jest tu osłabiony z powodu wykonanej operacyi opadniętej powieki.

b) Kol. Birnbaum sądzi, że hypoteza Bielschowskyego wystarczy do wytłomaczenia współruchów źrenicy przy podnoszeniu się powieki górnej, natomiast nie tłomaczy rytmiki tych ruchów. Przeprowadza dalej analogię między tymi rytmicznymi ruchami powieki a atetozą, która zjawia się w jakiś czas po porażeniu; wspomina również o przypadku, przez siebie spostrzeganym, automatycznego podnoszenia się powieki górnej przy innerwacyi żwaczy, to jest przy żuciu. (Streszczenie własne).

c) Kol. prof. Piltz: Zjawisko to odróżnić należy od zwykłego hippus iridis i od mydriasis saltans. O ile wybitny hippus spostrzega się często przy zapaleniu opon, a mydriasis saltans przy otępieniu wczesnem, to zjawisko peryodyczności i rytmu skurczu źrenicy jest charakterystyczne dla tzw. cyklicznych porażeń n. okoruchowego.

3) Prof. Majewski wypowiedział wykład: **O nystagmografii klinicznej.**

Drżenie gałek ocznych jest zazwyczaj tylko objawem różnych stanów chorobowych, a tylko wyjątkowo nabiera znaczenia samoistnej jednostki chorobowej. Drżenie gałek ocznych, tworzą małe, szybkie, częste ruchy oka, mniej lub więcej regularne, od woli niezależne. Majewski dzieli drżenie na rozmaite postacie:

Drżenie oczu fizyologiczne, które ma następujące poddziały: 1) Drżenie optyczne występujące wówczas, gdy oczy wykonują ruchy za poruszającym się rytmicznie obrazem. W pewnych warunkach te ruchy gałki mogą przybrać postać typowego drżenia. Aby uniknąć podwójnego widzenia muszą ruchy obu gałek odbywać się w sposób nadzwyczaj precyzyjny. Regulatorem tej precyzyi jest staranie utrzymania obrazu na obu plamkach żółtych. 2) Drżenie przedsionkowe występujące wtenczas, gdy oczy spoczywają na jednym przedmiocie, a głową wykonujemy ruchy rytmiczne. Działa tu regulująco aparat przedsionkowy, którego podrażnienie wywołuje ten rodzaj drżenia fizyologicznego. 3) Drżenie odruchowe, 4) znużeniowe, 5) dowolne (istnienie wątpliwe).

II. Drżenie oczu doświadczalne, ten rodzaj, który doświadczalnie podrażnieniem błędnika wywołać możemy. Dzieli się on na następujące poddziały: 1) N. per rotationem, 2) N. caloricus, 3) N. galvanicus, 4) N. e compressione vel aspiratione.

III. Duży dział stanowi drżenie oczu chorobowe, które można podzielić na następujące poddziały: 1) Drżenie z niedowidzenia (amblyopicus) występujące przy obniżeniu naosiowej bystrości wzroku. 2) Drżenie przedsionkowe, występujące przy zmianach patologicznych w błędniku. 3) Drżenie utajone, którego istnienie stwierdzić można przez zasłonięcie jednego oka. Występuje wówczas drżenie obu gałek ocznych. 4) Drżenie objawowe w przebiegu różnych chorób nerwowych (M. Basedowi, sclerosis dissem., M. Friedreich, syringomyelia, meningitis, choroby móżdżku itd.). 5) Drżenie górników jest zapewne drżeniem znużeniowem. 6) Drżenie przerywane (n. intermittens celerrimus) jest to drżenie, które spostrzegane bywa bardzo rzadko jako jedyny objaw choroby, a które polega na bardzo szybkich ruchach poziomych gałek ocznych, co jakiś czas występujących. Majewski spostrzegał takich przypadków 4. W literaturze prócz jego przypadków opisany jest jeden jeszcze.

Przy wszystkich rodzajach drżenia środek obrotu gałki ocznej jest nieruchomy, a gałki wykonują ruchy naokoło pewnych osi, t. j. poziomej, pionowej i skośnej. Z tego punktu widzenia można drżenie oczu podzielić na pionowe (nystagnus verticalis) poziome (n. horizontalis), skośne (n. obliquus) i kołujące (n. rotatorius); wreszcie możliwe są kombinacye tych różnych ruchów. W zasadzie są one wszystkie obrotowe, gdyż gałka oczna wykonuje zawsze ruch obrotowy naokoło jakiejś osi. My jednak, śledząc te ruchy, oglądamy tylko przedni odcinek oka, i dlatego przedstawiają się nam one — zależnie od osi obrotu — rozmaicie.

Metody badania dawniejsze były bardzo proste. — Później wprowadzono metody graficzne, wypróbowane w różny sposób na zwierzętach. Nie mają one jednak dla klinicznego badania praktycznej wartości. Dopiero w 1909 roku podał Buys przyrząd do zapisywania drżenia oka, zbudowany na zasadzie pneumatycznej. Przyrząd ten obok zalet ma także wady, przedewszystkiem tę, że przyrząd odbierający ruchy oka spoczywa na powiece, przenosi zatem tylko pośrednio ruchy oka na papier. Majewski podał metodę oznaczania drżenia, która tej wady unika. Jego metoda polega na fotografowaniu na filmie drżenia, jakie wykonuje bagnetowaty pręcik, osadzony po znieczuleniu bezpośrednio na rogówce zapomocą szklannego dzwonka, w którym rozrzedzono powietrze.

Następnie przedstawił prelegent przyrządy Buysa i swoje i sposób ich użycia na chorych. Wykład zakończyło przedstawienie chorych z różnymi rodzajami drżenia.

Dyskusyę odłożono.

Towarzystwo lekarskie radomskie.

101 Ogólne Zebranie 31 stycznia 1914.

Obecnych członków 21, gość 1.

1) Przewodniczącym Zebrania wybrany został kol. Stanisław Jankowski, poczem kol. sekretarz odczytuje protokół ostatniego posiedzenia ogólnego, który przyjęto, oraz sprawozdanie z działalności Towarzystwa za rok 1913, które ze zmianami również przyjęto, a które brzmi:

»Na początku roku 1913 (a jedenastego swego istnienia) Towarzystwo Radomskie liczyło członków 47, w tem 4 honorowych, 2 korespondentów i 41 rzeczywistych, że zaś w ciągu roku ubył wskutek śmierci 1, a przybył 1, więc z dniem 1 stycznia 1916 r. skład Towarzystwa liczebnie pozostał bez zmiany, tj. Towarzystwo liczy nadal 47 członków, w tem 4 honorowych, 2 korespondentów i 41 rzeczywistych. W roku sprawozdawczym odbyło się 10 zebrań ogólnych, na zebraniach tych bywało średnio 16 członków, co stanowi 40% w stosunku do ogólnej liczby członków rzeczywistych, nadto zaproszono w ciągu roku 10 gości. Na zebraniach tych odbyły się następujące odczyty: kol. Pełczyńskiego: »W sprawie pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych według nowej ustawy« (22. II.); kol. Fidlera: »Stan szpitalnictwa i ruch chorych w szpitalach Ziemi Radomskiej za lata 1908—1911.« (9. III; 26. IV i 31. V); kol. Rzętkowskiego z Warszawy; »O wpływie środków i zabiegów leczniczych na przemianę materyi« (28. VI); kol. Raszkesa: »Postępy akuszeryi i ginekologii w ostatnich latach« (27. IX); kol. Szczepaniaka (referat): »Projekt regulaminu Sądu koleżeńskiego« (25. X); kol. Fidlera: »Metoda Abderhaldena« (27. IX) oraz kol. Raszkesa: »Leczenie wynicowania macicy« (20. XI). Oprócz tego odbyły się następujące pokazy: Kol. Raszkes przedstawił (1 i 2) dwa przypadki ciąży zewnątrzmacicznej w prawym jajowodzie, 3) przypadek dużej torbieli lewego jajnika (adenoma malignum) 4) przypadek raka obydwóch jajników (26. IX); kol. Kołodner przedstawił chorą po operacyi przepukliny prawostronnej uwięzniętej (hernia inguino-labialis) (29. IX); kol. Cung przedstawił chorego z akromegalią (20. VII). A zatem odczytów i pokazów w ciągu roku sprawozdawczego było: z dziedziny szpitalnictwa 1, z dziedziny chorób wewnętrznych 2, z dziedziny chirurgii 2, z położnictwa i ginekologii 6 i z dziedziny organizacyi zawodowej 1. Ruch korespondencyjny Towarzystwa był następujący: otrzymano odezw 45, wysłano 65. Między innemi wysłano życzenia Towarzystwu lekarskiemu w Orle z powodu 50-lecia istnienia i Towarzystwu lekarskiemu w Sebastopolu z powodu 25-lecia.

Dwom kolegom warszawskim, dr Alfredowi Sokołowskiemu i Mikołajowi Rejchmanowi w dniu uroczystego obchodu 40-letniego jubileuszu pracy lekarskiej wysłano odpowiednie depesze, jak również i Redakcyi »Nowin lekarskich« w Poznaniu w dniu obchodu 25-letniego jubileuszu istnienia tego pisma. Na depesze te Towarzystwo zaszczycone zostało odpowiedziami jubilatów.

Na zebraniu ogólnem dnia 29 marca wszyscy koledzy, praktykujący w Radomiu, uchwalili na rok bieżący obłożyć się składką dobrowolną w kwocie rubli 60 na szkoły początkowe miejskie, o czem zawiadomiono Magistrat m. Radomia. Na zebraniu ogólnem dnia 30 grudnia 1913 r. uchwalono ostatecznie regulamin Sądu koleżeńskiego. Z powodu szczupłości lokalu przy placu Soborowym wynajęto od 1 lipca lokal obszerniejszy przy ul. Lubelskiej l. 46 wspólnie z Towarzystwem prawniczem i hygienicznem. Na Zebraniu dnia 29 listopada na przedstawienie kol. prezesa zebrani jednogłośnie uchwalili mianować członkami honorowymi Towarzystwa dr Alfreda Sokołowskiego i Mikołaja Rejchmana dla ich zasług dla nauki i społeczeństwa w ciągu czterdziestoletniej mozolnej i wielce pożytecznej pracy lekarskiej i w tym celu zredagować i wysłać odpowiednie dyplomy.

W ciągu roku ubiegłego Towarzystwo utraciło swego członka rzeczywistego, ś. p. Adama Chojkę, którego pamięć uczczono na zebraniu 28. VI, a zamiast wieńca na trumnę złożono 28 rubli na rzecz Kasy wdów i sierot, pozostałych po lekarzach Ziemi Radomskiej. Kol. Adam Chojko urodził się w r. 1864 w Głowaczewie powiatu kozienickiego, wydział lekarski

ukończył w r. 1890 w Warszawie, poczem osiadł w Kazimierzu nad Wisłą, gdzie cieszył się rozległą praktyką i uznaniem. W r. 1909 przeniósł się z Kazimierza do Warszawy, skąd w r. 1911 przeniósł się do Radomia, gdzie również zyskał w krótkim czasie znaczną praktykę oraz sympatyę kolegów. Umarł 28. VI na udar sercowy. Cześć jego pamięci!

Sprawozdanie skarbnika: Dochód: 778 rb. 79 kop. Rozchód: 787 rb. 56 kop. Deficyt 8 rb. 77 kop.

Sprawozdanie Kasy wsparć wdów i sierot po lekarzach Ziemi Radomskiej. Na książeczce w Kasie Przemysłowej rb. 441 kop. 11. Od kol. Borysiewicza rb. 30, zamiast wieńca na trumnę ś. p. Chojki rb. 28, procent za rok 1913 rb. 16 kop. 97. Razem Kasa posiada rb. 515 kop. 97.

Sprawozdanie bibliotekarza; Biblioteka Towarzystwa w ciągu roku ubiegłego powiększyła się o 155 dzieł w 166 tomach wartości 138 rb. 75 kop.

Dnia 1 I. 1913 biblioteka zawierała dzieł 1253, dnia 1 I. 1914 1418 dzieł. Roczników pism peryodycznych przybyło 18 tomów, wraz z istniejącymi jest obecnie 308 tomów (za ostatnie 4 lata z powodu braku funduszów nie oprawione) Czasopism prenumerowano 19.

Sprawozdanie Komisyi rewizyjnej zaznacza, że sprawdziwszy książki kasowe, kwitaryusz oraz stan biblioteki, wszystko znaleziono w należytym porządku.

W dyskusyi a) kol. Pełczyński zaznacza, że w odbitkach za rok 1912 znalazł wiele omyłek w nazwiskach kolegów, opuszczeń w wierszach i zbyt krótkie sprawozdania z posiedzeń. — b) W odpowiedzi kol. Sekretarz tłomaczy, że co do omyłek w nazwiskach kolegów porozumiano się już z redakcyą Przeglądu lekarskiego i poczyniono kroki, by nadal to się nie powtórzyło, co do krótkości zaś sprawozdań z posiedzeń, to winni są sami prelegenci, gdyż nie dawali streszczeń ze swoich odczytów, chociaż od jakiegoś czasu nastąpiła zmiana na lepsze. — c) Kol. Fuksiewicz zaznacza, że w sprawozdaniach nie bywają pomieszczone streszczenia przemówień dyskusyjnych, na co kol. Sekretarz odpowiada, że na wszystkich Zjazdach, zebraniach również i dyskutanci dają sekretarzom streszczenia swoich przemówień, na czem najlepiej wychodzą, streścić bowiem odczyt naukowy, zanotować ściśle przemówienia dyskusyjne jest wprost niemożliwe bez stenografii, którą nie każdy sekretarz posiada.

2) Prezesem Towarzystwa na następne trzechlecie został wybrany kol. Henryk Fidler, wiceprezesem kol. Franciszek Kosicki, bibliotekarzem kol. Józefat Kondratowicz — wszyscy ponownie, a członkiem Komisyi rewizyjnej kol. Stanisław Petrall; członkami zaś Sądu koleżeńskiego zostali wybrani kol. Kondratowicz, Finkelstein i Szczepaniak, zastępcami zaś kol. Stanisław Idzikowski i Julian Kasprzykowski — wszyscy ponownie.

3) Kol. Kuczyński został jednogłośnie wybrany członkiem rzeczywistym Towarzystwa.

4) Kol. Przewodniczący otwiera dyskusyę nad odezwą Związku równouprawnienia kobiet w sprawie prostytucyi, odczytaną przez Prezesa Towarzystwa.

W dyskusyi zabiera głos kol. Pełczyński:

W odezwie nie wskazuje Związek motywów, które były przyczyną uchwalenia rezolucyi co do zniesienia reglamentacyi, ale dla tych, którzy czytują organ Związku »Ster«, motywy te są znane. A więc mówi się o prostytutkach, jako o nieszczęśliwych ofiarach brutalnej żądzy mężczyzn, o gwałcie, czynionym nad duszą istoty ludzkiej przez reglamentacyę, o dalszej deprawacyi przez przymusowe oględziny lekarskie istot, stanowiących często wypadkowe ofiary, o bezużyteczności oględzin jako sposobu przeciwdziałania szerzeniu się chorób wenerycznych, o wyzysku »żywego towaru« przez lupanary, nareszcie o krzywdzie dla godności ludzkiej prostytutek, które dla leczenia cierpień wenerycznych bywają skierowywane do specyalnych szpitali (św. Łazarza), nadających im hańbiące piętno. Bardzo dziwnie wyglądają w łamach »Steru« te skargi na dotychczasowe więzy, nakładane na prostytucyę przez istniejące prawo, w zestawieniu z wyrażonemi niejednokrotnie przez Związek równ. kobiet żądaniami czystości i zdrowia fizycznego od męskiej połowy rodzaju ludzkiego przed wejściem w związek małżeński. Czy mężczyźni staną się przez to czyściejsi i zdrowsi, czy będą mogli dać swym przyszłym żonom tę pełnię miłości, o której się tak często w »Sterze« mówi, z chwilą, gdy zniesiemy reglamentacyę prostytucyi?

(Dokończenie nastąpi).

Zjazd higienistów polskich w Warszawie
(29. i 30. czerwca i 1. lipca 1917).

Komitet organizacyjny Zjazdu stanowią: Dr Jan Bączkiewicz przewodniczący, inż. Jan Furuhjelm wiceprezes, Dr Henryk Gromadzki sekretarz, Dr Henryk Kucharzewski skarbnik, Dr Stanisław Kurtz gospodarz, asesor B. Koskowski organizator wystawy, oraz jako członkowie: Dr Dąbrowski, Guranowski, J. Jaworski, Orłowski, Polak, Puławski, Serkowski, Starkiewicz, Szumlański, Zapasiewicz, J. Zawadzki. Obok tego komitetu utworzono komitet generalny z udziałem przedstawicieli władz i stowarzyszeń naukowych i społecznych.

W czasie Zjazdu odbędzie się wystawa środków odżywczych i leczniczych i wydawnictw higienicznych.

Program ogólny Zjazdu jest następujący: W przeddzień Zjazdu 28. VI. o 7 wieczór zebranie towarzyskie w cukierni ogrodu saskiego. W pierwszy dzień 29. VI. o 9 rano uroczyste nabożeństwo w kościele Karmelitów, od 11 do 1 zwiedzenie rynku staromiejskiego, wystawy Kościuszkowskiej i Zamku, o 2 popoł. uroczyste otwarcie Zjazdu w wielkiej sali Towarzystwa higienicznego (Karowa 31) i pierwsze posiedzenie ogólne. Na posiedzeniu po przemówieniu prezesa Towarzystwa higienicznego, Dr Polaka, prezesa komitetu organizacyjnego, przedstawicieli władz i delegatów, nastąpi wybór prezydyum Zjazdu i prezesów honorowych, odczytanie telegramów i listy delegatów, przyjęcie regulaminu, w końcu referaty z zakresu prawodawstwa sanitarnego. — 30. VI. od 8 do 11 posiedzenia sekcyi, których będzie sześć: 1) Sekcya sanitarno-lekarska, 2) Walka z durem plamistym. 3) Walka z chorobami wenerycznemi. 4) Higiena wychowawcza. 5) Lecznictwo, szpitalnictwo. 6) Higiena miast i wsi.— O 11 rano II posiedzenie ogólne: a) referat główny o stanie sanitarnym kraju, b) referaty programowe w sprawie walki z gruźlicą, c) referaty w sprawie stanu sanitarnego w szczególności, d) wybór komisyi wniosków. — Od 2—4 zwiedzenie stacyi filtrów, od 4—7 posiedzenia sekcyi. — 1. VII. od 8—1 posiedzenie sekcyi, od 2—4 zwiedzenie szkoły Konopczyńskiego i Sawickiego, od 4—7 w. III posiedzenie ogólne: a) referaty programowe w sprawie walki z chorobami wenerycznemi, b) referat o eugenice, c) uchwalenie wniosków, d) przemówienie prezesa Zjazdu, e) przemówienie prezesa komitetu organizacyjnego

Zasady ustroju sanitarnego w Polsce

według wyników obrad ankiety odbytej w d. 21. VI. 1917. w Krakowie, pod przewodnictwem prof. Browicza, w której brali udział delegaci: Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell., Izb lekarskich zachodnio- i wschodnio-galicyjskiej, Związku lekarzy, Towarzystwa lekarzy galicyjskich, Towarzystw lekarskich, lwowskiego i krakowskiego, Związku lekarzy rządowych galicyjskich, Związku lekarzy okręgowych i Wydziału krajowego.

1. Podstawy ogólne.

Wszystkie sprawy sanitarne normują zasadniczo ustawy sanitarne, uchwalone przez ciała prawodawcze, jakoteż rozporządzenia, wydane przez naczelną władzę sanitarną w granicach tych zasadniczych ustaw.

2. Zarząd główny administracyi sanitarnej.

Zarząd całej administracyi sanitarnej sprawuje naczelna władza sanitarna, mająca takie same atrybucye, jak inne władze naczelne i stanowiąca ostatnią najwyższą instancyę w sprawach sanitarnych i społeczno-higienicznych.

Naczelnikiem tej władzy jest lekarz, odpowiedzialny za cały zarząd administracyi sanitarnej i w jej zakresie działający samodzielnie. Jako jego podwładni działają w naczelnym zarządzie sanitarnym obok referentów lekarskich, referenci prawnicy i technicy.

Naczelnej władzy sanitarnej przydana jest Rada przyboczna. Część jej członków mianuje rząd krajowy, drugą część zaś tworzą delegaci Wydziałów i Izb lekarskich, Związków lekarskich i higienicznych. Wszyscy członkowie tej Rady mają jednakowe prawa. Ta Rada wydaje opinie we wszystkich ważniejszych sprawach, przedkładanych jej przez naczelną władzę sanitarną, lub wniesionych przez członków Rady. Do projektów ustaw sanitarnych, przedkładanych ciałom ustawodawczym, musi być zawsze dołączona opinia Rady.

3. Zakres działania naczelnej władzy sanitarnej.

Zakres działania obejmuje wszystkie zasadnicze rozporządzenia i przepisy, inicyatywę oraz nadzór we wszystkich spra-

wach sanitarnych i społeczno-higienicznych. Rozporządzenia i przepisy innych władz naczelnych, wkraczające w ten zakres, mogą być ogłoszone i wejść w życie tylko wtedy, jeżeli zostały zatwierdzone przez naczelną władzę sanitarną.

4. Hierarchia administracyi sanitarnej.

Cała administracya sanitarna tworzy ciało jednolite, dlatego też władze sanitarne (lekarze sanitarni) nawet w najniższych jednostkach administracyjnych (lekarze gminni, okręgowi) mają w zakresie swych zadań sanitarnych charakter urzędników krajowych i podlegają w tym zakresie tylko władzom sanitarnym wyższego stopnia.

5. Egzekutywa.

Władze sanitarne niższych instancyi mają prawo bezpośredniej egzekutywy w sprawach nagłych i ważnych, grożących bezpośredniem niebezpieczeństwem, a są za takie zarządzenia wyłącznie odpowiedzialne. W innych przypadkach mają władze sanitarne egzekutywę za pośrednictwem władz administracyjnych (politycznych), stojących w każdej z instancyi obok, ale nie ponad władzami sanitarnemi.

Organem wykonawczym administracyi sanitarnej jest obok ogólnych organów wykonawczych także osobna służba sanitarna, odpowiednio wykształcona, a podległa wyłącznie i bezpośrednio lekarzom sanitarnym.

6. Policya weterynaryjna.

Ze względu na higienę ogólną stworzona być powinna pewna łączność między policyą weterynaryjną, a służbą zdrowia publicznego.

(Obrady ankiety toczyły się na zasadzie wniosków, opracowanych przez komisyę Towarzystwa lekarskiego krakowskiego pod przewodnictwem prezesa Towarzystwa prof. Ciechanowskiego, a do której należeli: Dr Damski, prezes krajowego Związku lekarzy, doc. Dr Janiszewski, lekarz naczelny m. Krakowa, Dr W. Momidłowski, członek Zarządu Związku lekarzy rządowych i Dr Schoengut, prezydent Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej. Wnioski tej komisyi zostały przez ankietę przyjęte niemal bez zmian.

Uchwały ankiety będą przedstawione Kołu polskiemu, Ministerstwu dla Galicyi, T. Radzie Stanu i Zjazdowi higienistów polskich, obradującemu właśnie w Warszawie).

Wiadomości bieżące.

Kraków. W trzech największych krajowych zakładach leczniczych zaszły ważne zmiany na stanowiskach kierowniczych. Dyrektor Zakładu w Kobierzynie, docent Dr Jan Mazurkiewicz, zastępował przez wiele miesięcy dyrektora szpitala św. Łazarza w Krakowie, kierując tym zakładem wśród nader trudnych warunków z wielkim pożytkiem. Obecnie, gdy prace rekonstrukcyjne po wojennych zniszczeniach w Kobierzynie znacznie postąpiły, przeniósł się dyr. Dr Mazurkiewicz do Kobierzyna, co jest zapowiedzią rychłego otwarcia tego zakładu, które odwlokło się było przez wybuch wojny i wypadki wojenne. Zarazem skończył się długi wakans na stanowisku dyrektora szpitala św. Łazarza w Krakowie, gdyż objął je, jak już donosiliśmy, Dr Józef Starzewski, dotychczasowy dyrektor szpitala krajowego lwowskiego.

Dr Józef Starzewski, urodzony w r. 1870 w Krakowie, tutaj też przebył szkoły średnie i studya lekarskie i tu uzyskał dyplom w r. 1894. Już w czasie studyów lekarskich pracował jako woluntaryusz na oddziale dermatologicznym prof. Zarewicza. Po uzyskaniu dyplomu pracował przez rok w chirurgii, jako asystent Mikulicza we Wrocławiu, następnie w Paryżu pod kierunkiem Pozziego i równocześnie w Zakładzie Pasteura. W jesieni 1896 objął asystenturę w szkole położnych we Lwowie u boku prof. Czyżewicza. Z początkiem r. 1898 mianowany został dyrektorem szpitala w Tarnowie, gdzie odznaczył się jako doskonały kierownik i przygotował rozszerzenie i modernizacyę szpitala. Ta działalność utorowała mu drogę do kierownictwa pierwszym w kraju, stołecznym szpitalem, który powierzono mu w połowie r. 1901, a szesnastoletnia praca Dr Starzewskiego na tem stanowisku dowiodła, że wybór nie mógł być szczęśliwszy. Szpital lwowski zawdzięcza Dr Starzewskiemu bardzo wiele; od reorganizacyi ustroju wewnętrznego aż do znacznego rozszerzenia całego zakładu i udoskonalenia urządzeń zdołał Dr Starzewski przekształcić ten zakład na instytucyę nowoczesną. Dr Starzewski zreformował etat lekarski szpitala, uzyskał polepszenie płac, zreorganizował opiekę nad chorymi przez znaczne pomnożenie dozorczyń zakonnych i świeckich i przez otwarcie wzorowej szkoły pielęgnowania chorych, którą też sam prowadził. W tymże czasie dokonały się dzieła tak ważne, jak budowa wspaniałego zakładu zakaźnego na 8-morgowym terenie, wyjednanym od miasta Lwowa, jak objęcie przez kraj i rekonstrukcya szpitala dziecięcego św. Zofii, budowa klinik (dermatologicznej), przebudowa gmachów gospodarczych szpitala. Niemałe zasługi położył Dr Starzewski równocześnie jako radca miejski, zwłaszcza przeprowadzając założenie zakładu dla 460 sierót (którego budowa już się kończy), rozszerzenie zakładu dla nieuleczalnych z 80 na 200 łóżek, założenie pierwszej we Lwowie łaźni ludowej. W czasie inwazyi rosyjskiej pozostał na posterunku, oddając usługi miastu i szpitalowi, jak również instytucyom krajowego Towarzystwa Czerwonego krzyża, którego był wiceprezesem. Przez czas pewien był Dr Starzewski członkiem krajowej, a potem Najwyższej Rady Zdrowia. W literaturze lekarskiej zapisał się szeregiem rozpraw z zakresu położnictwa i szpitalnictwa, oraz doskonałym podręcznikiem nauki o pielęgnowaniu chorych.

Szpital krakowski zyskuje w Dr Józefie Starzewskim najwybitniejszego dziś w kraju praktycznego znawcę szpitalnictwa, zyskuje niepospolitego kierownika o znakomitem doświadczeniu, szerokim poglądzie i wielkiej energii. Dają one rękojmię, że nareszcie i dla szpitala krakowskiego nastanie era pomyślniejsza i że szpital ten, skoro tylko nastaną stosunki pokojowe, wejdzie na tory nowoczesnych reform. Toteż Dr Starzewskiego witają na nowem stanowisku gorąco wszyscy, oceniający znaczenie szpitala krakowskiego dla kraju i dla kształcenia młodych pokoleń lekarzy.

— Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 27. VI. na którem prof. Latkowski demonstrował kilku chorych z oddziału wewn. szpitala św. Łazarza, a Dr Oszacki demonstrował chorych leczonych naświetlaniem lampą kwarcową. Następnie kol. Walter wygłosił wykład »Reinfectio syphilitica«.

Było to ostatnie posiedzenie przed wakacyami.

— Ku uczczeniu pamięci doc. Dr Stanisława Droby umieszczona została tablica marmurowa ze stosownym napisem w szpitalnym kościele św. Łazarza.

— Miesięcznik p. t. »Odbudowa kraju« zaczął się ukazywać z d. 1. VI. b. r., jako organ Obywatelskiego komitetu odbudowy wsi i miast w Krakowie. Na naczelnego redaktora powołany został Dr Leon Władysław Biegeleisen; komitet redakcyjny tworzy komisya redakcyjna komitetu obywatelskiego, do której zaproszono profesorów Uniw. Jagiell.: Bujaka, Krzyżanowskiego i Górskiego. Z artykułów, pomieszczonych w pierwszym zeszycie, dotyczy bezpośrednio zagadnień higienicznych rozprawka doc. Dr Bronisława Biegeleisena: Odbudowa kraju, a zaopatrzenie gmin wiejskich w wodę. Adres Redakcyi i Administracyi nowego miesięcznika: Kraków, Krowoderska 26.

— Na tablicę pamiątkową doc. Dr Droby złożyli w dalszym ciągu prof. Dr Latkowski i prof. Dr Rutkowski po 40 k., a prof. Dr Nitsch 20 k. Ofiary te i zebrana poprzednio kwota, uzupełniona przez Redakcyę »Przeglądu lekarskiego«, wystarczyły na koszta tablicy. Rachunki można przejrzeć w Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

Lwów. Lwowskie Towarzystwo lekarskie na posiedzeniu dnia 1. czerwca 1917 uchwaliło jednogłośnie przesłać do Namiestnictwa następujący wniosek:

»W akcyi odbudowy kraju naszego, zakreślonej na szeroką skalę, myśl o zdrowiu człowieka winna wnikać we wszelkie plany. Z tą myślą bowiem jednoczy się nadzieja nietylko wyrównania szczerb i spustoszeń w materyale ludzkim, lecz także wyrobienia na przyszłość tężyzny fizycznej i odporności ustroju ludzkiego. Niema działu tej akcyi, w którymby nie był pożądany głos doradczy higienisty-lekarza. Dość wspomnieć, że już sama kwestya mieszkaniowa, będąca najważniejszem zagadnieniem w sprawie ochrony dziecka w sprawie walki z gruźlicą i innemi epidemiami, nastręcza dużo sposobności do interwencyi lekarskiej.— Dotąd, o ile nam wiadomo, nie zasięgano opinii lekarskiej, a przecież my lekarze, poczuwając się w całej pełni do usług obywatelskich, pragniemy z całą ochotą wziąć udział w naradach nad odbudową kraju przez naszych delegatów, których dotychczasowa działalność na polu higieniczno-sanitarnem da rękojmię, że ich udział w tych naradach wypadnie z korzyścią dla zdrowotności kraju. Z powyższych więc względów prezydyum Towarzystwa lekarskiego lwowskiego w myśl uchwały pełnego zgromadzenia członków uprasza: Wysokie c. k. Namie-

stnictwo raczy przy obradach nad odbudową kraju wyznaczyć miejsca dla trzech naszych reprezentantów, których głos będzie wyrazem naszej opinii«.

(Towarzystwo lekarskie krakowskie uchwaliło było jeszcze 14. czerwca 1916 na posiedzeniu wspólnem z Towarzystwem technicznem krakowskiem, na którem był obecny także r. dw. Ingarden, — m. i. następującą rezolucyę: »Konieczny jest udział lekarzy tak w Centrali krajowej dla gospodarczej odbudowy Galicyi, zwłaszcza w jej dziale budowlano-technicznym, jak i w Radzie przybocznej, a to z głosem stanowczym«.

Od powzięcia tej uchwały upłynął przeszło rok, a postulat, uznany za słuszny w dyskusyi także przez przedstawicieli Centrali, — nie został dotąd spełniony).

— Staraniem Towarzystwa lekarskiego lwowskiego udało się uzyskać częściowe otwarcie Zakładu zdrojowego w Truskawcu. Tak łazienki, jakoteż i sam zdrój funkcyonują już obecnie zupełnie normalnie. Ze względu jednakowoż na okoliczność, że znaczna część pomieszkań jest jeszcze zajęta przez wojskowość, znaleść może pomieszczenie tylko stosunkowo niewielka ilość kuracyuszów. Zarząd zdrojowy powiadamia o tem lekarzy i prosi równocześnie, by wysyłano do Truskawca chorych, rzeczywiście leczenia tam potrzebujących i to, o ile możności kolejno, a nie naraz wielu. Przed wyjazdem pożądane jest porozumienie się z Zarządem zdrojowym co do terminu przyjazdu, a to ze względu na trudności aprowizacyjne i pomieszczenia.

Warszawa. Zjazd higienistów polskich w Warszawie w d. 28. i 29. VI. oraz 1. VII. b. r. zapowiadał się z góry pomyślnie pomimo warunków wojennych. Wykładów zgłoszono przeszło 100. Z Galicyi wybierało się na Zjazd z powodu trudności paszportowych stosunkowo nieliczne przedstawicielstwo. Towarzystwo lekarskie krakowskie przedstawiać mieli oprócz prezesa, prof. Dr St. Ciechanowskiego, koledzy docent Dr Janiszewski, naczelny lekarz m. Krakowa i Dr Leonard Bier, kierownik Państwowego Zakładu badania środków spożywczych. Jednakże kol. prof. Ciechanowski, mimo bardzo wcześnie podjętych starań nie otrzymał paszportu i pozwolenia przejazdu.

— Według wydanego właśnie sprawozdania za r. 1916 wypłaciła Kasa im. Mianowskiego w tym roku 228.751 rb. zapomóg, a mianowicie na cele i badania naukowe 117.837, dla osób pracujących naukowo 3.755 rb. Z 74 wydanych w r. 1916 książek należało do działu lekarskiego 11, z tego 3 podręczniki oryginalne (Fizyologia pod red. prof. Cybulskiego i Becka), Choroby weneryczne prof. Malinowskiego, Anatomia opisowa Noskowskiego) według wykładów Lotha) i 1 tłómaczony (Farmakologia Gottlieba i Meyera). Kapitał zasobowy wynosi 856.750 rb., obrotowy 236.945 rb., bilans wykazuje 1,859.278 rb. Główny dochód stanowiły wpływy z kopalni nafty na Kaukazie, zapisane Kasie przez W. Zglenickiego. Wkładki członków, których jest tylko 210, przyniosły 1194 rb. Prezesem komitetu kasy jest Feliks Kucharzewski wśród 12 członków komitetu jest 3 lekarzy (Brudziński, Flaum, Pawiński).

Z różnych stron. Wojenna kwatera donosi:

Cesarz Karol wydał w d. 6. VI. 1917 następujący rozkaz dzienny:

»Wspaniałe wyniki zwalczania epidemii w czasie wojny zaoszczędziły moim armiom i moim ludom ciężkich ofiar, utrzymały zdolność wojsk do boju i przyczyniły się prawdziwie do zwycięstw na polu walki.

To zwycięstwo nad złośliwym wrogiem odnieśli lekarze przez jednolite współdziałanie, przez pracę z całych sił i jaknajwiększe poświęcenie; wielu lekarzy zginęło z epidemii wojennych, jako godni towarzysze tych walecznych lekarzy wojskowych, którzy wykonując swój obowiązek na polu bitwy padli śmiercią rycerską.

Wyrażam całemu stanowi lekarskiemu moje nieograniczone uznanie, przedewszystkiem także lekarzom naczelnym wojskowym i komisyom zdrowotnym, które przewidująco powołały do życia wielką organizacyę zwalczania epidemii, obejmującą wszystkie części siły zbrojnej.

Dziękuję Wydziałom lekarskim, które mi wychowały lekarzy z tak wysokiem pojęciem swego powołania i które przez umiejętne wykształcenie położyły podwaliny do błogosławionej działalności sztuki lekarskiej w tej wojnie«.

Zmarli: Dr Antoni Strzyżowski, zasłużony pracownik społeczny, członek honorowy Tow. lek. warszawskiego w 84 r. ż. w Piotrkowie.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Rocznik VIII. 1917. Monachium (J. F. Lehmann). Czerwiec. (Cena 2 Mk.).

W tegorocznym zeszycie czerwcowym ogłosili prof. Langstein i Dr Ylppö: »Wybrane rozdziały z fizyologii i patologii narządów oddychania u dzieci«, a Dr Rhonheimer przegląd postępów pedyatryi.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polkich w czerwcu 1917.

Gazeta lekarska Nr 21—25.: Koelichen: Przypadek wybroczyny krwawej do rdzenia szyjnego pochodzenia urazowego z napadami omdlenia, zależnymi od postawy pionowej (21). — Ruppert: W sprawie walki z epidemią duru plamistego w Warszawie (21). — Chodźko: Organizacya państwowej służby zdrowia w Królestwie Polskiem (21). — Popiel: Trzykrotne cięcie cesarskie u jednej kobiety (22—23). — Chrostowski: Pleuritis purulenta metapneumonica, wyleczenie przy pomocy aspiracyi (22). — Szumlański: Ignacy Zielewicz, wspomnienie pozgonne (23). — Domaszewicz: Kilka uwag o leczeniu w polu ran postrzałowych czaszki (24—25). — Erlichówna: Przypadek eunuchidyzmu (24).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 21—25: W. Puławski: Leczenie błonicy surowicą swoistą oraz uwagi nad innemi chorobami zakaźnemi (21—22). — Hertz (dok. 23). — Jaworski: Projekt prawa sanitarnego o zdrojowiskach i uzdrowiskach (22).— Lipski: Mięsak żołądka (23). — Lubliner: Krwawienia i krwotoki uszne (23). — Sokołowski: W sprawie organizacyi kół opiekuńczych przy szpitalach Warszawy (23). — Skalski i Sterling: O leczeniu krwawej biegunki szczepionkami swoistemi (24). — Zamenhof: Kilka uwag o przewodnictwie kostnem oraz modyfikacyi prób Webera i Gallégo (24—25). — Wiśniewski: Przypadek wpadnięcia kłosa do dróg oddechowych (24).

Zdrowie Nr 5.: Jaworski: Z dziedziny niebezpieczeństw zawodowych doby obecnej. — Polak: W sprawie walki z durem plamistym w Warszawie.

Kronika dentystyczna Nr 6.: Zilz (dok.). — Krakowski (c. d.).

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.